

Saúde bucal de moradores de um bairro pobre de Xangri-Lá, RS, Brasil

Oral health of residents in a poor neighborhood of Xangri-Lá, RS, Brazil

Márcia Cançado Figueiredo¹; Kátia Valença Correia Leandro da Silva²; Jaqueline Lansing Faneze³; Emanuele Lilian Gass³

¹ Professora Associada III – UFRGS/RS, Doutora em Odontopediatria – USP, Bauru, SP – Brasil.

² Professora Associada III – UFRGS/RS, Doutora em Genética e Biologia Molecular – UFRGS, Porto Alegre, RS – Brasil.

³ Graduandas em Odontologia – UFRGS, Porto Alegre, RS – Brasil.

Endereço para correspondência

Márcia Cançado Figueiredo
R. Ramiro Barcelos 2492 – Bairro Bom Fim
90035-003 – Porto Alegre – RS [Brasil]
mcf1958@gmail.com

Resumo

Introdução: Para promover saúde é preciso conhecer as condições em que um indivíduo vive e suas interações com a família e a comunidade. **Objetivo:** Fazer um levantamento das condições de saúde bucal de 104 famílias residentes no bairro Figueirinha, no município litorâneo de Xangri-Lá, RS, Brasil. **Método:** Por meio de visitas domiciliares, realizou-se o levantamento dos dados dessas famílias. **Resultados:** Constatou-se que se tratava de uma população jovem, de baixa renda e nível de escolaridade igualmente baixo, vivendo em moradias com péssima infraestrutura. Com relação à saúde bucal, encontraram-se altos índices de placa visível (74,7%) e sangramento gengival (63,6%). Referente à experiência de cárie, os jovens apresentaram grande número de dentes cariados, e os adultos, de dentes perdidos, retratando um perfil de comunidade carente de cuidados com saúde e higiene bucal. **Conclusão:** Essa população apresentou má condição de saúde bucal e qualidade de vida.

Descritores: Doenças da gengiva; Placa dentária; Saúde bucal.

Abstract

Introduction: To promote health, you should know the conditions under which the individual lives and their interactions with family and community. **Objectives:** To make a survey about the oral health status of the Xangri-Lá's Figueirinha neighborhood population, RS, Brazil. **Methods:** The survey of data from 104 families was carried out through home visits. **Results:** It was found that the population in the study is young, with low incomes, low levels of education, and living with poor infrastructure conditions. Referring to the population's oral conditions, it was found high occurrences of visible plaque (74.7%) and gingival bleeding (63.6%), and elevated caries indexes. Young people showed a high number of decayed teeth, and adults a big number of missing teeth. **Conclusion:** This population had a poor oral health status that prejudice their quality of life.

Key words: Dental Plaque; Gingival diseases; Oral health.

Introdução

Nos últimos 20 anos, o Brasil passou por mudanças significativas na saúde pública. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o foco do trabalho tem sido a promoção da saúde, levando em consideração que o processo saúde-doença é determinado socialmente e para explicá-lo é preciso conhecer as condições em que o indivíduo vive e suas interações com a família e com a comunidade¹. No Programa Saúde da Família (PSF), propõe-se uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, aproximando os profissionais da comunidade, e assumindo o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva, por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que presta auxílio de acordo com as reais necessidades da população².

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasil Sorridente, Política Nacional de Saúde Bucal, com o objetivo de ampliar e democratizar a cobertura odontológica do país. Desde então, a Saúde Bucal Coletiva conta com a participação de profissionais integrados aos princípios de promoção de saúde, baseando-se em ações educativas e preventivas e não mais em tratamentos centralizados apenas em procedimentos operatórios e emergenciais². Assim, em qualquer proposta de intervenção em saúde deve-se observar cada espaço social, a fim de conhecer suas reais condições e, assim, compreender o indivíduo, seu papel de cidadão, e as redes sociais que ele constrói, sendo possível, dessa forma, definir suas necessidades, seus problemas e seus processos coletivos de transformação do modo de vida em sociedade para conseguir a saúde bucal³.

Diante desse novo contexto de saúde bucal, o objetivo neste trabalho é fazer um levantamento das condições de saúde bucal da população residente no bairro Figueirinha, no município de Xangri-Lá, RS. Os critérios analisados abrangem Avaliação do Índice de Placa Visível (IPV), Índice de Sangramento Gengival (ISG), Índice de Cárie e Perfil Sócio-econômico-cultural da

população infantil, adolescente, adulta jovem e adulta madura, cadastrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Unidade Básica de Saúde (UBS) Figueirinha.

Materiais e métodos

Este estudo transversal observacional analítico foi realizado no bairro Figueirinha, no município de Xangri-Lá, região litorânea do Estado do Rio Grande do Sul. A amostra foi composta por 339 pessoas voluntárias, distribuídas em 104 famílias nas quais o responsável de cada uma delas, concordou em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados realizou-se por meio de visitas domiciliares, acompanhadas e orientadas pelos agentes comunitários da UBS Figueirinha. Os exames clínicos foram realizados por duas acadêmicas do nono semestre do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), treinadas e calibradas, segundo os parâmetros do SB Brasil 2000 e o registro dos dados era feito por um anotador. Os indivíduos eram posicionados em ambiente com boa iluminação natural e o Índice de Sangramento Gengival (ISG) era verificado após o examinador realizar uma escovação com escova dental multicerdas fornecidas pelo Programa Brasil Sorridente, que depois do exame era entregue para cada membro da família. Os índices placa visível e sangramento gengival eram registrados segundo sua presença ou ausência, e a experiência de cárie, de acordo com a condição clínica encontrada, utilizando os seguintes critérios: dentes hígidos, cariados, obturados, perdidos, ausentes e com extrações indicadas. A análise das condições socioeconômicas se fez por meio da aplicação de um questionário-entrevista com perguntas sobre renda familiar, escolaridade do chefe de família, hábitos de higiene bucal, hábitos de alimentação, frequência de consumo de açúcar e características da habitação.

Os dados foram armazenados no programa *Microsoft Excel 2007*, sendo analisados quantitativamente, com tabelamento em percentual.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, sob o registro de CEP 463, processo nº 001.00579210.0, de 3 de fevereiro de 2010.

Resultados

Do total da amostra de 339 indivíduos, 182 (53,7%) eram do gênero feminino, e 157 (46,3), do masculino. Essa população foi dividida por faixa etária, da seguinte maneira: crianças (até 12 anos), adolescentes (13 a 19 anos), adultos jovens (20 a 40 anos) e adultos maduros (mais 40 anos), como mostra a Tabela 1⁴.

Tabela 1: Divisão da amostra por faixas etárias em número e porcentagem de indivíduos

Faixas etárias	Nº de indivíduos	% da amostra
Até 12 anos	130	38,3
De 13 a 19 anos	47	13,9
De 20 a 40 anos	84	24,8
Mais de 40 anos	78	23,0
Total	339	100,0

Questionários foram aplicados para se obter o perfil do nível socioeconômico da população. A renda familiar relatada foi menor que um salário mínimo em 59% dos entrevistados. A escolaridade prevalente para os chefes de família foi 1º grau incompleto, representando 91,21%, já o analfabetismo foi baixo (6,73%), conforme apresentado na Tabela 2.

Em relação aos dados sobre as condições de moradia dessa população, verificou-se que em 56,1% das famílias o número de moradores por domicílio era de três a cinco indivíduos. A maior parte (51,9%) mora em casas de madeira e o restante dos voluntários (65,2%) reside em habitações com três a cinco cômodos (Tabela 3).

Tabela 2: Renda familiar total em porcentagem de salários mínimos (SM) por família e porcentagem de escolaridade dos chefes de família

Renda familiar total	%	Escolaridade	%
Menos de 1 SM	59,0	1º grau incompleto	91,2
1 a 2 SM	28,5	1º grau completo	2,1
3 a 5 SM	11,4	Analfabeto	6,7

Tabela 3: Dados sobre as condições de moradia da amostra em porcentagem

	Até 2	De 3 a 5	Mais de 5
Nº de moradores por domicílio	19,5%	56,1%	22,8%
Nº de peças no domicílio	7,4%	65,2%	27,4%
Tipo de moradia	Alvenaria	Madeira	Mista
	27,1%	51,9%	21,0%

Ao avaliar as condições de infraestrutura/instalações das moradias de cada integrante da amostra, verificou-se que 88,2% vivem em domicílios com banheiro interno, e 63,1% (214 pessoas), em casas que possuem de três a cinco torneiras instaladas. Não houve relatos de inexistência de torneira nas residências. Toda a localidade tem acesso à água proveniente de poços artesianos; portanto, a água não é tratada, nem possui fluoretos adicionados à sua composição. Além disso, 50,1% dos participantes residem em domicílios com fossa séptica, mostrando que a falta de saneamento básico é mais um grave problema enfrentado por essa comunidade.

Com relação à situação odontológica, a amostra foi avaliada por questionário semiestruturado e por exames bucais. Para avaliar o grau de conhecimento da população sobre os cuidados com a saúde da boca, foram feitas três perguntas básicas sobre: frequência de ingestão de açúcar por dia, frequência de higiene bucal por dia e orientação de higiene bucal. Do total dos voluntários, 72,0% relataram ingerir açúcar de duas até três vezes por dia, 63,1% afirmaram

realizar higiene bucal de duas a três vezes por dia (Tabela 4) e 65,2% (221 pessoas) relataram nunca ter recebido orientação de higiene bucal profissional.

Tabela 4: Porcentagem de pessoas conforme a frequência de ingestão de açúcar e higiene bucal (HB) por dia

	Frequência de ingestão de açúcar	Frequência de HB por dia
1 vez ao dia	15,6%	35,4%
2 a 3 vezes ao dia	72,0%	63,1%
Mais de 3 vezes ao dia	12,4%	1,5%

Ao realizar exames clínicos, altos índices de placa visível (74,7%) e sangramento gengival (63,6%) foram encontrados no total da amostra estudada, conforme mostra o gráfico da Figura 1.

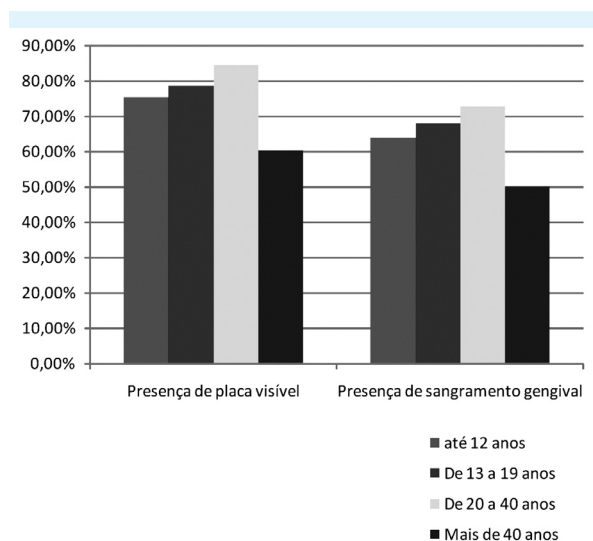


Figura 1: Porcentagem de presença de placa visível de sangramento gengival por faixas etárias

Até 12 anos a média de dentes cariados foi 2,26/pessoa, e dos 13 aos 19 anos, 1,44/pessoa, sendo esse o componente do índice de cárie mais encontrado nessas faixas etárias. Já no critério dentes perdidos, observou-se que dos 20 aos 40

anos de idade a média de perdas dentárias foi 4,15/pessoa, e a partir de 40 anos, 19,92/pessoa, com uma maior prevalência dessas perdas nesta última faixa da população. Em todas as faixas etárias a média de dentes obturados por pessoa foi baixa se comparada com a média de cariados e perdidos, de acordo com o apresentado no gráfico da Figura 2.

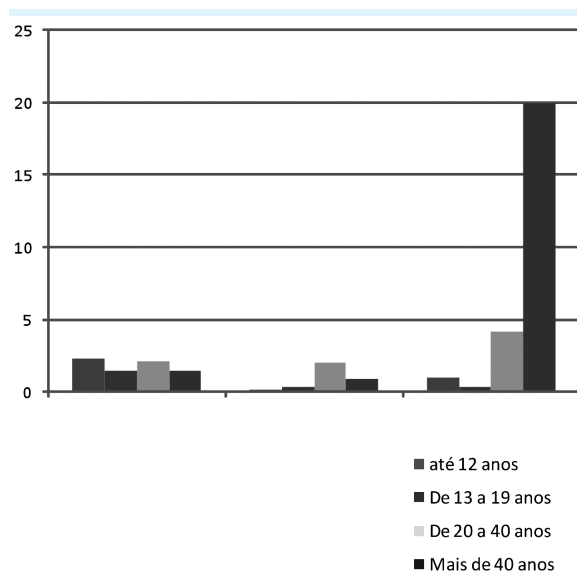


Figura 2: Média de dentes cariados, perdidos e obturados por indivíduo nas diferentes faixas etárias

Discussão

A reforma dos serviços de saúde tem sido apontada como uma das causas para o declínio nos índices de cárie, em conjunto com fatores, tais como a adição de flúor na água de abastecimento público e o emprego em larga escala de dentifrícios fluorados⁵. No entanto, a melhoria no nível global dos indicadores de cárie dentária foi acompanhada pela polarização do agravo nos grupos de pessoas mais submetidos à privação social e exposição a fatores de risco⁶. Assim, a cárie dentária permanece como um grande problema de saúde pública no Brasil, o que reflete as péssimas condições de saúde bucal da população Classe E⁷.

As famílias que vivem em situação de exclusão social, em geral, obtêm sua renda do trabalho informal e de auxílios governamentais. Nesse contexto, insere-se o Programa Bolsa Família destinado às famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até R\$ 137,00 mensais. Os valores pagos variam de R\$ 22,00 a R\$ 200,00, de acordo com a renda mensal de cada membro da família e com o número de crianças e adolescentes de até 15 anos e de jovens de 16 e 17 anos⁸. Essa situação de privação social foi observada na população alvo deste estudo, sendo uma comunidade muito jovem (38,3% têm até 12 anos) e com indicadores sociais preocupantes, vivendo quase exclusivamente do auxílio Bolsa Família.

Diversos estudos têm demonstrado forte relação entre os níveis de prevalência de cárie e indicadores sociais por encontrarem elevados índices de dentes cariados, perdidos e obturados em populações com baixa renda e escolaridade, corroborando os resultados encontrados neste estudo^{9, 10, 11, 12, 13}. Na amostra estudada, a maior parte das famílias relatou renda familiar menor do que um salário mínimo, e escolaridade, de 1º grau incompleto. A população se caracteriza por ter péssimas condições de moradia, pois a maioria das casas é de madeira com três a cinco cômodos, abastecidas com água proveniente de poços artesianos e sem uma rede de esgoto. Agregada a falta de condições adequadas de infraestrutura, o alto número de moradores por domicílio vem a potencializar os problemas. Portanto, a cárie dentária pode ser considerada um forte indicador de desigualdade social, pois o SB Brasil 2003 mostrou que mais de 37,6% dos jovens com baixa escolaridade, residentes em domicílios muito aglomerados e com pouco acesso a bens de consumo perdem precocemente o primeiro molar, e 14% sofrem de dor dentária¹⁴.

Ao avaliar os resultados clínicos deste estudo, pode-se perceber que os indivíduos analisados apresentaram alto Índice de Placa Visível (IPV) e de Sangramento Gengival (ISG), refletindo baixo grau de conhecimento e de motivação para o autocuidado com a saúde bucal, uma vez

que em diversos artigos da literatura é relatada a importância das instruções de higiene ser acompanhadas de motivação e reforços periódicos para reduzir tais índices^{15, 16, 17, 18, 19}. Na amostra avaliada, uma alta porcentagem de indivíduos realizou higiene bucal três vezes ao dia, o que não está em conformidade com os dados clínicos encontrados, evidenciando que a situação relatada pelos entrevistados não condizia com a realidade do seu dia a dia ou que o conhecimento desses a respeito da técnica correta de higiene bucal era insuficiente^{20, 21, 22}.

Em relação à experiência de cárie da população estudada, observou-se que até os 19 anos os voluntários apresentaram maior número de dentes cariados e obturados (o último em menor escala), já a partir dos 20 anos aumenta grandemente a quantidade de elementos perdidos. Esses dados estão de acordo com outros estudos e com os resultados do SB Brasil 2003, indicando que, tradicionalmente e ainda hoje, o problema da cárie dentária só é resolvido quando não há mais condição de recuperar o elemento dentário, sendo a exodontia a principal estratégia assistencial na localidade^{14, 23, 24}.

Apesar da situação negativa encontrada neste e em outros estudos, em geral, no Brasil tem ocorrido um declínio na experiência de cárie, atribuído vastamente a Política de Fluoretação das Águas, o que, em parte, poderia explicar o alto índice de cárie encontrado na população estudada, pois a região é abastecida exclusivamente por poços artesianos (sem fluoretação)²⁵. No entanto, a grande disseminação de dentifrícios fluoretados poderia ter alterado esse quadro, uma vez que esta população recebe esses produtos por meio do Programa Brasil Sorridente do Ministério da Saúde, que os fornece gratuitamente. Portanto, percebeu-se que o alto índice de cáries encontrado nestes indivíduos está mesmo associado aos fatores comportamentais, como a alta frequência de ingestão de açúcar, do que ao acesso ao flúor^{19, 26, 27, 28, 29}. Assim, fica evidente a necessidade de atuação direta da equipe de saúde na promoção de saúde bucal nessa comunidade por meio da introdução da equipe

de saúde bucal na estratégia saúde da família, bem articulada em ações individuais e coletivas. Tendo em vista que quase metade dessa população encontra-se em idade escolar, sugere-se a implementação de programas de saúde bucal nas escolas de forma permanente, e considerando o hábito dos jovens de ingerir açúcar entre as refeições é preciso que nele se envolva não só temas relacionados à higiene bucal, mas também hábitos de alimentação, visando à transformação permanente de comportamentos nocivos a saúde, buscando uma vida mais saudável.

Esses dados levam a crer que a falta de um cirurgião-dentista no ESF Figueirinha pode ser, em parte, responsável por esse pelos resultados obtidos neste trabalho. Assim, além da contratação de uma equipe de saúde bucal para o ESF Figueirinha, sugere-se a realização de Ações Coletivas de Saúde, envolvendo a equipe de saúde, prefeitura municipal e instituições de ensino para a realização da técnica de restauração traumática e educação em saúde, que poderão amenizar rapidamente o quadro de saúde bucal encontrado.

Finalizando, a amostragem por conveniência realizada neste estudo pode gerar potenciais vieses de seleção, uma vez que não há como saber se todas as pessoas incluídas na amostra são representativas da população, impedindo uma declaração conclusiva sobre os resultados obtidos. Mesmo assim, os resultados deste estudo poderão nortear a implementação de ações em saúde bucal no município de Xangri-Lá, RS, Brasil, contribuindo para o planejamento e a alocação de recursos em políticas públicas de saúde.

Conclusões

O perfil sócio-econômico-cultural da população infantil, adolescente, adulta jovem e adulta madura de moradores no bairro Figueirinha, localizado no município de Xangri-Lá (RS), cadastrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da UBS dessa região, demonstrou ser de pobreza. Além disso, os resultados encon-

trados permitiram concluir que são péssimas as condições de saúde bucal dos moradores, uma vez que altos índices de placa visível, sangramento gengival e de dentes cariados e perdidos foram encontrados, prejudicando, assim, sua qualidade de vida.

Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração da Secretária de Saúde do Município de Xangri-Lá, RS, e do cirurgião-dentista do Município de Xangri-Lá, Roberto Chittoni Neto, e dos agentes comunitários do ESF Figueirinha.

Referências

1. Sandrini JC. Saúde bucal coletiva: da reforma do Estado ao resgate da cidadania. *Arq Ciênc Saúde Unipar*. 1999;3(2):161-8.
2. Lourenço EC, Silva ACB, Meneguim MC, Pereira AC. A inserção das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):1367-77.
3. Córdón JA. Construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(3):557-63.
4. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JÁ. *Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
5. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam de Salud Pública*. 2006;19(6):385-93.
6. Martins MD, Araújo RGD, Veloso NF. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico de crianças de baixa renda. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 1999;2(6):132-6.
7. Bueno C. IBGE e a divisão de classes no Brasil [internet]. Londrina: Folha de Londrina. Londrina: Cezar Bueno. 28/10/2009 – [acesso em 2010 dez. 11]. Disponível em: <<http://cezarbueno.wordpress.com/2009/10/29/ibge-e-a-divisao-de-classes-no-brasil/>>.

8. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Programas Federais – Bolsa Família. [internet]. São Paulo: A Secretaria; [atualizada em maio de 2009; acesso em 2011 jan 5]. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/federais_bolsafamilia>.
9. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(3):755-63.
10. Gonçalves ER, Peres MA, Marcenes W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(3):699-706.
11. Peres SHCS, Carvalho FS, Carvalho CP, Bastos JRM, Lauris JRP. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(2):2155-62.
12. Rigo L, Abegg C, Bassani DG. Cárie dentária em escolares residentes em municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, com e sem fluoretação nas águas. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010;7(1):57-65.
13. Martins AMEBL, Melo FS, Fernandes FM, Boa Sorte JÁ, Coimbra LGA, Carvalho RB. Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. *Unimontes Cient*. 2005;7(1):72-9.
14. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 68.
15. Navarro RS, Esteves GV, Youssef MN. Estudo clínico do comportamento de escolares mediante escovação supervisionada e motivação no controle de placa bacteriana. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1996;10(2):153-7.
16. Saliba CA, Saliba NA, Almeida AL, Freire M, Moimaz SAS. Estudo comparativo entre a eficácia da escovação orientada e supervisionada e a profilaxia no controle da placa bacteriana dentária. *Rev Odontol UNESP*. 1998;27(1):185-92.
17. Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(5):634-7.
18. Szpilman ARM, Miotto MHMB, Barcellos LA. O efeito da informação verbal e demonstração na higiene de crianças de seis a doze anos. *UFES Rev Odontol*. 2005;7(1):18-29.
19. Rossa CJR, Silva VC, Urban VM. Efeito da motivação repetida durante a terapia periodontal relacionada à causa em pacientes adultos. *RPG Rev Pós-Grad USP*. 2004;11(4):352-7.
20. Prado JS, Aquino DR, Cortelli JR, Cortelli SC. Condição dentária e hábitos de higiene bucal em crianças com idade escolar. *Rev Biociênc Taubaté*. 2001;7(1):63-9.
21. Freire MCM, Sheiham A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(4):606-14.
22. Lisbôa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(4):29-39.
23. Silva R HA da, Castro RFM de, Cunha DCS, Almeida CT de, Bastos JR de M, Camargo LMA. Cárie dentária em população ribeirinha do Estado de Rondônia, Região Amazônica, Brasil, 2005/2006. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(10):2347-53.
24. Arantes R, Santos RV, Coimbra CEA JR. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2001;17:375-84.
25. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2000.
26. Lascala NT, Moussalli NH. Higienização bucal – fisioterapia – aspectos preventivos em odontologia. In: Lascala NT. *Prevenção na Clínica Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 120-45.
27. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(9):2131-40.
28. Leite TA, De Paula MS, Ribeiro RA, Leite ICG. Cárie dental e consumo de açúcar em crianças assistidas por creche pública. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1999;13(1):13-8.
29. Moreira PVL, Rosenblatt A, Passos IA. Prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(5):1229-36.